

# XXII<sup>ème</sup> Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie

11 au 14 janvier 2012 au Palais des Congrès - Paris

Dossier de presse

---

## Prévention cardiovasculaire et modes de vie des patients cardiaques



Vendredi 6 janvier 2012

## Sommaire

### Communiqué de presse

**XXIIème Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie** p. 4  
11 au 14 janvier 2012 au Palais des Congrès – Paris

### Fiche 1

**Prévention et prise en charge des maladies cardiovasculaires** p. 7

Les maladies cardiovasculaires : 2012, où en sommes nous ? p. 7

Pr. Nicolas Danchin, HEGP, Paris

Le rôle essentiel des traitements dans la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires p.7

Pr. Laurent Fauchier, Tours

Education thérapeutique du patient (ETP) et maladies cardiovasculaires p. 8

Pr. Yves Juillière, Nancy

Le diagnostic génétique en prévention dans les maladies cardiovasculaires p. 8

Dr Philippe Charron, Pitié-Salpêtrière, Paris

Séniors et maladies cardiovasculaires p. 9

Dr. Laura Ernande, Lyon

Femmes et risque cardiovasculaire p. 10

Pr. Florence Leclercq, Montpellier

### Fiche 2

**Le lien étroit entre alimentation et maladie cardiovasculaire** p. 12

Quel régime alimentaire pour quel patient ? p. 12

Dr. Bruno Pavy, Machecoul

Sel alimentaire et hypertension artérielle : la mauvaise association p. 13

Pr. Xavier Girerd, Pitié-Salpêtrière - Paris

Bon ou mauvais gras : pas si simple que ça ? p. 14

Dr. François Paillard, Rennes

Le paradoxe français : bon vin ou mauvaises graisses p. 14

Pr. Jean Ferrières, Toulouse

## Fiche 3

### **Vivre au quotidien avec une maladie cardiaque** p. 16

La vie adulte avec une maladie congénitale p. 16

Dr. Laurence Iserin et Pr. Damien Bonnet, Necker – Paris

Maladies cardiaques et activité sexuelle, incompatibilité ? p. 17

Pr. Gérald Roul, Strasbourg

La conduite automobile est-elle possible avec un défibrillateur ? p. 18

Dr. Aurélie Guiot, Rouen

Sport et maladies cardiovasculaires p. 19

Pr. François Carré, Rennes

Pourquoi une activité physique au quotidien ? p. 19

Dr. Gilles Bosser, Nancy

Maladies cardiaques et Internet : comment s'y retrouver ? p. 21

Dr. Ghassan Moubarak, Saint-Joseph - Paris

## Fiche institutionnelle

**La Société Française de Cardiologie : une force pour le cœur** p. 22

**Sélection de sujets traités pendant les Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie 2012** p. 24

# XXIIème Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie

11 au 14 janvier 2012 au Palais des Congrès - Paris

*Les XXIIème Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie se tiendront du 11 au 14 janvier 2012 au Palais des Congrès de Paris. Comme chaque année, elles seront l'occasion de mettre à jour les connaissances et de présenter les avancées de la recherche sur la pratique médicale dans le domaine des maladies cardiovasculaires. Ces XXIIème journées feront le point sur un thème majeur de santé publique : « Prévention et mode de vie ».*

## La prévention des maladies cardiovasculaires : plus que jamais une priorité de santé publique

Les maladies cardiovasculaires tuent encore 150 000 à 180 000 personnes par an, ce qui en fait la deuxième cause de décès juste après le cancer et la première cause de mortalité chez la femme<sup>1</sup>. **1 personne sur 3** meurt d'une maladie cardiovasculaire et l'on estime à **20 millions** le nombre de personnes concernées par ce risque<sup>2</sup>.

La mortalité cardiovasculaire qui a reculé de 56% en 25 ans, grâce aux progrès thérapeutiques et à la prévention, pourrait connaître une recrudescence: l'épidémie croissante d'obésité, la prévalence du tabagisme et le vieillissement de la population réactivent en effet fortement les facteurs de risques cardiovasculaires.

On constate par ailleurs que certaines catégories de populations sont encore insuffisamment prises en charge, les femmes et les personnes âgées en particulier.

Le rôle de la prévention et de l'éducation thérapeutique est essentiel pour rendre chacun acteur de sa santé, grâce au partage des connaissances et des bonnes pratiques. C'est une démarche individuelle et collective, qui associe les pouvoirs publics, les professionnels de santé et les associations de patients.

## Au programme des JEFSC 2012 : le point sur les leviers de la prévention cardiovasculaire

- Prise en charge et éducation thérapeutique:
  - le rôle essentiel des traitements dans la prévention de l'aggravation de la maladie ou de la récurrence d'accident cardiaque ;
  - l'éducation thérapeutique du patient et les actions éducatives mises en place par les professionnels de santé (programme I-CARE).
- Alimentation et maladies cardiovasculaires :
  - les bénéfices du régime méditerranéen ;
  - la réduction en sel pour limiter les hypertensions artérielles ;
  - la réduction des mauvaises graisses (acide gras saturés, acide gras « trans »).
- Normalisation du mode de vie du patient cardiaque :

<sup>1</sup> Chiffres INSEE 2008 : [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?req\\_id=0&ref\\_id=NATTEF06230](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?req_id=0&ref_id=NATTEF06230) - Causes médicales de décès par sexe.

<sup>2</sup> Source Ministère de la santé, INSERM.

- la chirurgie des cardiopathies congénitales ;
- qualité de vie : maintenir l'activité sexuelle, sécuriser la conduite automobile ;
- la pratique d'une activité physique, essentielle pour une réadaptation physique et cardiaque qui réduit le risque de surpoids.

### Des rencontres médecins / patients tout au long du congrès

#### Nouveauté 2012 : La Maison du patient et de la Prévention

Pour la première fois en 2012, **La Maison du patient et de la Prévention** accueille grand public et patients au sein du congrès, le samedi 14 janvier 2012. Elle propose des activités éducatives et ludiques sur le mode de vie favorable à la santé cardiovasculaire, la vie quotidienne des patients de tous âges, les pathologies cardiaques congénitales et pédiatriques.

Les acteurs de la « **Maison du Cœur** » sont à l'origine de cette Maison des patients :

- La Société Française de cardiologie, organisatrice des journées et initiatrice de cet événement ;
- La Fédération française de cardiologie, acteur majeur de la prévention auprès du public ;
- L'Alliance du cœur, groupement d'associations de patients atteints de diverses pathologies cardiaques.

#### Le Village Prévention : échanges et confrontation des expériences

La SFC propose aux patients:

- **Un Studio** avec des ateliers de cas cliniques interactifs de 90 minutes :
  - Arrêt du tabac après un syndrome coronaire aigu ;
  - Docteur, je veux maigrir ;
  - Reprise de l'activité physique et professionnelle après un syndrome coronaire aigu ;
  - Stimulateurs cardiaques, défibrillateurs et conduite automobile ;
  - Docteur, j'ai une CIA avec une HTAP.
- **Un espace « Rencontre avec les experts »** : rencontres informelles entre le public et un expert (6 séances par jour).

### Un programme scientifique 2012 riche et varié

Des sessions de formation professionnelle sous forme d'ateliers pratiques sont intégrées au programme scientifique 2012, uniquement sur inscription préalable (le samedi matin).

Au cours des 4 journées de colloque, les essais cliniques récents les plus significatifs seront présentés, notamment ceux couronnant des travaux menés sous l'égide de la Société Française de Cardiologie. La production scientifique des jeunes cardiologues est également mise en valeur au travers des communications libres et de la remise de prix et de bourses de recherche qui témoignent de l'action de la Société Française de Cardiologie, avec le soutien actif de la Fédération Française de Cardiologie, dans le soutien à la recherche clinique et fondamentale cardiovasculaire française.

Les différents groupes de travail et filiales de la Société Française de Cardiologie vont aussi avoir l'opportunité de présenter les résultats de leur recherche et de leurs activités, tant au sein des sessions sur invitation qu'au travers de communications libres et de présentation de posters.

### **Les JESFC, une référence dans la mise à jour des pratiques professionnelles**

Les Journées Européennes de la SFC réunissent près de 10 000 professionnels de santé et fédèrent les différentes composantes de la cardiologie française et européenne : cardiologues, universitaires et non universitaires, de l'hôpital comme de la ville, mais également les médecins généralistes ou spécialistes d'autres spécialités concernées par la médecine cardiovasculaire, tels que les diabétologues, les angiologues, les urgentistes, les gériatres, les anesthésistes/réanimateurs ainsi que les hématologues, nombreux à participer depuis toujours aux Journées Européennes.

Le caractère fédérateur des Journées Européennes se retrouve également au travers de l'organisation de nombreuses sessions communes avec des sociétés médicales françaises et étrangères au premier rang desquelles des sociétés de Cardiologie des pays francophones, mais également celles de nombreux pays européens tels que la Roumanie, le Portugal, la Pologne, et l'Allemagne.

Les temps forts du programme se trouvent en annexe de ce dossier. Vous pouvez consulter le programme sur le site de la Société Française de Cardiologie : [www.sfc cardio.fr](http://www.sfc cardio.fr) ou sur [www.jesfc.org](http://www.jesfc.org)

**Pour en savoir plus sur les XXIIème Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie : [www.sfc cardio.fr](http://www.sfc cardio.fr) ou [www.jesfc.org](http://www.jesfc.org)**

#### **Contact presse**

Nadia Alves-Bahhar : [nalves-bahhar@i-e.fr](mailto:nalves-bahhar@i-e.fr)

Tél. : 01 56 03 14 33

## Prévention et prise en charge des maladies cardiovasculaires

### Les maladies cardiovasculaires : où en sommes nous en 2012 ?

(Pr. Nicolas Danchin, HEGP- Paris)

De nos jours, les maladies cardiovasculaires (MCV) présentent une situation de paradoxe. En effet, bien qu'au niveau mondial elles soient au premier plan des causes de mortalité et que les projections des 20 prochaines années tendent à montrer que cette situation sera constante, on observe actuellement une tendance inverse extrêmement favorable dans les pays industrialisés. Ainsi, en France, la fréquence des MCV est l'une des plus faibles au monde (notamment par rapport aux pays d'Europe du Nord et d'Europe centrale et de l'est). Entre 1980 et 2004, la mortalité cardiovasculaire a diminué de 56 % positionnant le cancer comme la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité dans notre pays. Cette réduction est due d'une part, aux progrès de la prévention et d'autre part, aux améliorations considérables du traitement des maladies cardiaques déclarées durant ces 3 dernières décennies.

Malgré ces performances, les courbes pourraient remonter dans les années à venir et les causes en sont nombreuses :

- le tabagisme, qui après une baisse notable, ne diminue plus de nos jours et pourrait même s'accroître de nouveau. La situation est particulièrement inquiétante chez les femmes jeunes, qui sont les plus touchées ;
- l'augmentation considérable et continue du poids et la proportion grandissante de l'obésité, liées à la sédentarité croissante des populations, qui risque d'entraîner une véritable épidémie de diabète, lui-même à l'origine de maladies cardiovasculaires graves ;
- les succès des traitements des principales maladies cardiologiques, comme l'infarctus, associés au vieillissement de la population dont la conséquence est l'augmentation de l'insuffisance cardiaque.

### Le rôle essentiel des traitements dans la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires

(Pr. Laurent Fauchier, Tours)

La prévention primaire, destinée à éviter l'apparition des maladies cardiovasculaires, repose principalement sur le respect des règles hygiéno-diététiques. Les médicaments ont eux un rôle majeur dans la prévention secondaire et permettent :

- de prévenir l'aggravation d'une de ces maladies lorsqu'elle est apparue ;
- de prévenir des complications cardiaques et vasculaires : en particulier lorsqu'il existe une hypertension artérielle, un diabète ou une dyslipidémie, pour limiter le risque de maladie coronaire et d'infarctus du myocarde ;
- d'éviter les récurrences d'accident cardiaque ou cérébral.

Dans ces différents cas, il faut surveiller tous les facteurs de risque.

### Quel traitement dans quelle situation ?

- *Le traitement pharmacologique anti-hypertenseur* est justifié lorsque la pression artérielle est élevée (> à 140/90 mmHg).
- *Les bloqueurs du système rénine angiotensine aldostérone* (inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et antagoniste des récepteurs à l'angiotensine II) sont les médicaments les mieux adaptés pour prévenir les complications cardiovasculaires. Ils sont également prescrits chez les patients souffrant d'une dysfonction ventriculaire gauche afin de réduire le risque de

complications cardiovasculaires et de décès. Ils sont aussi indiqués chez les diabétiques ayant de l'hypertension ou une néphropathie afin de protéger leur rein à moyen et à long terme.

- *Les statines* ont montré leur bénéfice à court, moyen et long terme pour faire baisser le cholestérol, en particulier le LDL-cholestérol (lipoprotéines de petite densité), dit « mauvais cholestérol », en dessous de 1g/l voir 0,8g/l.
- *Les traitements médicamenteux anti-diabétiques* peuvent être nécessaires chez le diabétique.
- *L'aspirine* est recommandée pour presque tous les stades de maladie cardiovasculaire athéromateuse<sup>3</sup> et chez les patients dont le risque est jugé supérieur à 10 % lorsque la pression artérielle est contrôlée (méthode SCORE<sup>4</sup>).
- *Les bêta-bloqueurs* sont recommandés après un infarctus du myocarde et chez les patients en insuffisance cardiaque car ils permettent de diminuer la mortalité, en particulier la mortalité subite, et la morbidité.
- *Les anti-coagulants oraux* permettent de fluidifier le sang et d'éviter la formation de caillots susceptibles de boucher les artères.

## Education thérapeutique du patient (ETP) et maladies cardiovasculaires chroniques

(Pr. Yves Juillière, Nancy)

Les maladies cardiovasculaires chroniques (maladie coronaire, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle) sont des pathologies fréquentes dues à la fois au vieillissement de la population et aux progrès thérapeutiques majeurs qui caractérisent la discipline cardiologique. Le nombre croissant de patients concernés pose aujourd'hui un réel problème de santé publique.

En France, l'intérêt pour l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a tardé à se développer et a pris son essor au début des années 2000. C'est grâce à la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST)<sup>5</sup> que son importance a pu être reconnue dans la prise en charge des pathologies chroniques. L'ETP permet de rendre le patient plus autonome, de maintenir et d'améliorer sa qualité de vie.

De plus, des réseaux et des programmes se sont développés permettant la formation des personnels et la création d'outils spécialement dédiés. La mise en place du programme I-CARE<sup>6</sup> pour l'insuffisance cardiaque demeure un des exemples les plus aboutis.

Depuis 2011, un programme de formation de patients-experts cardiaques est en cours avec l'appui de la Direction Générale de la Santé (DGS), déjà impliquée dans l'évaluation de l'impact de l'éducation thérapeutique du patient dans l'insuffisance cardiaque au travers du registre ODIN<sup>7</sup>. La mise en place de cellules éducatives, constituées d'un cardiologue et d'une infirmière, pourrait représenter une solution simple et moins onéreuse que le développement de réseaux ou de vastes programmes de prise en charge multidisciplinaire et multiprofessionnelle.

## Le diagnostic génétique en prévention dans les maladies cardiovasculaires

(Dr. Philippe Charron, Pitié-Salpêtrière, Paris)

Des progrès importants ont été accomplis récemment dans la connaissance des bases génétiques des maladies cardiovasculaires, notamment dans celles qui sont mendéliennes ou monogéniques<sup>8</sup>, c'est-à-dire celles pour lesquelles la présence d'une mutation est une condition nécessaire et suffisante pour le développement de la maladie. Certaines de ces maladies constituent des causes majeures de mort

<sup>3</sup> relatif à l'athérome qui est un dépôt de plaques riches en cholestérol sur la paroi interne des artères, finissant par provoquer l'athérosclérose.

<sup>4</sup> le risque est évalué grâce à une échelle nommée « SCORE » intégrant l'âge, le sexe, le taux de cholestérol, la tension artérielle et le statut tabagique du patient.

<sup>5</sup> loi HPST- Article 84 du 21 juillet 2009 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

<sup>6</sup> programme mis en place depuis 2003 dans plus de 220 centres en France et dans le Bénélux francophone afin de former des centres à l'éducation thérapeutique. I-CARE est sous l'égide de la Société Française de Cardiologie et la Fédération Française de Cardiologie, en lien avec le décret d'application de la loi HPST qui recommande la mise en place de cellules éducatives

<sup>7</sup> ODIN : Observatoire permanent De l'Insuffisance cardiaque.

<sup>8</sup> On utilise les termes d'hérédité mendélienne, monogénique ou monofactorielle pour caractériser la transmission des maladies dues à la mutation dans un seul gène.

subite, notamment chez le sportif ou d'insuffisance cardiaque chez les jeunes. Il s'agit particulièrement de maladies :

- du myocarde (les Cardiomyopathies),
- électriques pures (comme le syndrome du QT long qui est une anomalie du système électrique du cœur),
- ou de maladies vasculaires (comme le syndrome de Marfan).

Dans ces maladies à transmission habituellement autosomique dominante, qui signifie que le gène peut se transmettre à la descendance, l'expression cardiaque est souvent retardée et la maladie est totalement silencieuse sur le plan cardiaque pendant de nombreuses années (y compris à l'âge adulte pour un certain nombre d'entre elles).

Le diagnostic précoce de la maladie chez les proches constitue un objectif majeur de façon à permettre une prise en charge thérapeutique la plus précoce possible. La stratégie de prévention est illustrée notamment par la possibilité de permettre la réalisation d'un « test génétique prédictif » à l'entourage, avant même l'apparition des signes cardiaques de la maladie. Le test génétique permet ici de déterminer le statut génétique des apparentés et de guider ainsi au mieux la prise en charge médicale.

En l'absence de mutation, la surveillance cardiologique du patient (et de ses descendants) devient inutile. Chez le descendant porteur de la mutation, la poursuite d'une surveillance cardiologique est impérative. D'autres mesures peuvent parfois être discutées également à ce stade précoce et selon la pathologie, telle que:

- la restriction sportive,
- la remise d'une liste de médicaments contre indiqués,
- plus rarement l'initiation d'un traitement médicamenteux.

Conformément aux dispositions légales, les enjeux médicaux et psychologiques du test génétique prédictif doivent être abordés largement avec le consultant au sein d'une équipe pluridisciplinaire, préalablement au test.

Le test génétique peut également aider à une meilleure prévention dans d'autres situations, comme la meilleure prédiction du risque évolutif chez un patient atteint d'une maladie monogénique (stratification pronostique) ou encore la prédiction de la réponse au traitement médicamenteux dans des maladies multifactorielles (diagnostic pharmacogénétique dans la thrombose coronaire ou le traitement anticoagulant par exemple). La place du test génétique est ainsi croissante en cardiologie.

## **Séniors et maladie cardiovasculaire**

*(Dr. Laura Ernande, Lyon)*

Les pathologies cardiaques les plus fréquentes telles que l'insuffisance cardiaque, les coronaropathies, la fibrillation atriale, les valvulopathies ou les troubles conductifs augmentent fortement avec l'âge. Avec le vieillissement de la population (8, 9 % de la population française âgés de 75 ans ou plus à la fin 2010) et l'amélioration des moyens thérapeutiques en cardiologie, l'âge moyen des patients présentant une ou des pathologie(s) cardiovasculaire(s) s'accroît : les patients âgés de 80 ans ou plus sont de plus en plus nombreux.

Plusieurs problèmes se posent quant aux traitements de ces malades très âgés :

- c'est une population particulièrement fragile du fait de la fréquence des comorbidités, de la polymédication<sup>9</sup> et du risque accru d'iatrogénie<sup>10</sup>,
- la majorité des grands essais cliniques ont été menés au sein de populations ne comprenant pas ou peu de sujets âgés ou très âgés. Par conséquent, la majorité des recommandations des sociétés savantes ne s'appuient que sur des études ne prenant pas en compte les spécificités liées à cette population.

<sup>9</sup> polymédication : Utilisation simultanée de plusieurs médicaments.

<sup>10</sup> iatrogénie : trouble ou maladie provoqué par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin.

## Une prise en charge insuffisante des pathologies chez les sujets très âgés

Depuis peu, la communauté scientifique nationale et internationale a exprimé le besoin et a reconnu la nécessité d'étudier de manière distincte la population des sujets âgés et d'éditer des recommandations professionnelles adaptées à ces patients à haut risque<sup>11</sup>.

De nombreux registres mettent en évidence la prise en charge insuffisante des pathologies cardiaques et tendent à prouver que des réflexions sont encore à mener sur cette question :

- *le registre européen Euro Heart Failure Survey II* montre par exemple que bien qu'on note une amélioration par rapport au début des années 2000, la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chez les octogénaires reste actuellement insuffisante avec une sous utilisation et/ou un sous dosage des thérapeutiques médicamenteuses recommandées ;
- *le registre de la Société Française de Cardiologie FAST-MI* a également montré que 30,6 % des patients présentant un syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST ont 75 ans ou plus et que seulement 38,5 % d'entre eux bénéficient d'une thérapeutique de reperfusion,
- enfin, *le registre OCTOCARDIO*<sup>12</sup> a montré que les thérapeutiques recommandées dans l'insuffisance cardiaque, la fibrillation atriale et les cardiopathies ischémiques étaient sous utilisées chez les patients de plus de 80 ans (cette sous-utilisation des thérapeutiques médicamenteuses n'est pas associée à la présence de comorbidités).

## Femmes et risque cardiovasculaire

(Pr. Florence Leclercq, Montpellier)

Contrairement aux idées reçues, les maladies cardiovasculaires représentent la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité chez les femmes. Elles sont responsables de 4 à 6 fois plus de décès que le cancer du sein. Relativement épargnées avant la ménopause, les femmes ont un risque cardiovasculaire identique à celui de l'homme après 70 ans.

Les maladies des artères du cœur (artères coronaires) sont les plus fréquentes et les plus graves, et sont notamment responsable de la survenue de l'infarctus du myocarde, dont le pronostic est en général moins bon chez les femmes que chez les hommes. Les facteurs expliquant ce pronostic défavorable sont doubles. D'une part, le diagnostic est souvent plus tardif (on n'y pense pas) et la maladie est souvent découverte au stade des complications. D'autre part, la prise en charge médicale et interventionnelle est souvent moins bonne que chez l'homme.

Les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires chez les femmes sont :

- le tabagisme, en particulier chez la femme jeune. Plus de 60 % des infarctus de la femme de moins de 50 ans sont attribuables au tabac. En France, parmi les femmes hospitalisées pour un infarctus, le nombre de celles de moins de 50 ans est passé de 3,7 % en 1995 à 11,9 % fin 2010,
- le diabète,
- l'obésité,
- le manque d'activité physique, plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

## Les spécificités cliniques des maladies cardiovasculaires de la femme

Il est souvent plus difficile de diagnostiquer ces maladies chez la femme que chez l'homme car les symptômes ne sont pas les mêmes. De plus, les examens de dépistage ayant été pour la plupart uniquement validés chez l'homme, la rentabilité en est donc moins bonne pour la femme. Les maladies cardiovasculaires de la femme ont donc des spécificités cliniques que les médecins doivent connaître afin de les diagnostiquer au mieux.

<sup>11</sup> voir la publication des recommandations concernant la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chez le sujet âgé par la Société Française de Cardiologie ou encore la publication de l'American Heart Association concernant la prise en charge spécifique des syndromes coronariens aigus dans cette population.

<sup>12</sup> registre mené en 2010 par le groupe des cardiologues en formation de la Société Française de Cardiologie sur les malades de plus de 80 ans hospitalisés dans un service de cardiologie (510 malades de plus de 80 ans recrutés dans 32 centres français).

En conclusion, les progrès thérapeutiques des 20 dernières années ont permis une diminution importante des complications et de la mortalité de ces maladies. Cependant, ces bénéfices ont surtout été notés chez les hommes, les femmes restant globalement moins bien prises en charge. De plus, les traitements ont souvent la réputation erronée d'être moins efficaces ou plus dangereux.

Les MCV de la femme sont donc fréquentes et graves. Les médecins comme les patientes doivent être sensibilisés à ce risque. Le rôle de la prévention est essentiel, notamment en ce qui concerne le tabagisme. La prise en charge médicale doit associer un diagnostic rapide et, quand cela est nécessaire, la mise en œuvre des thérapeutiques modernes médicamenteuses et non médicamenteuses afin de diminuer les complications dues à ces maladies.

## Le lien étroit entre alimentation et maladie cardiovasculaire

### Quel régime alimentaire pour quel patient ?

(Dr. Bruno Pavy, Machecoul)

Médecine et nutrition ont toujours été fortement liées. Depuis la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, les avancées médicales et thérapeutiques ont relégué l'alimentation au second plan. Mais l'épidémie d'obésité qui se développe montre que l'alimentation peut être à l'origine de la survenue et de la progression de certaines maladies. C'est le cas des maladies cardiovasculaires qui sont l'une des complications du mode de vie alimentaire occidental. L'étude *Seven Countries*<sup>13</sup> a montré le lien entre l'alimentation et la mortalité coronarienne. De nombreux travaux, tels que l'étude *INTERHEART*<sup>14</sup>, ont depuis confirmé l'importance qu'il fallait accorder à l'alimentation des patients en cardiologie.

### Les bénéfices du régime méditerranéen

Les études épidémiologiques sont concordantes pour montrer que l'adoption d'un « régime méditerranéen » améliore le pronostic des MCV et le contrôle des facteurs de risques (hypertension, diabète, syndrome métabolique). Les études interventionnelles sont peu nombreuses. La Lyon Heart Study<sup>11</sup> a démontré l'effet bénéfique du régime méditerranéen enrichi en « oméga 3 » après un infarctus du myocarde sur la mortalité cardiaque.

Le régime DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) est très proche du régime méditerranéen et permet d'avoir une action anti-hypertensive proche d'une monothérapie, d'autant qu'il est limité en sel. Les principes d'une alimentation cardio-protectrice se retrouvent également dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS), initié en 2001, avec un effort important en faveur de l'éducation nutritionnelle du public. L'équilibre entre les apports et les dépenses caloriques est la clé du contrôle du poids.

Ainsi, il faut favoriser la consommation des acides gras polyinsaturés, essentiellement les oméga 3 (qui est très déficitaire) en conseillant :

- l'huile de colza,
- les noix,
- les poissons gras,
- les aliments de la filière du lin (œufs, viande).

Et par conséquent, limiter la consommation :

- de certains acides gras saturés : acides palmitique, laurique et myristique. L'huile de palme est nettement plus mauvaise que le beurre pour les artères. A noter que les acides gras saturés ne sont pas tous délétères.
- d'oméga 6 (huiles de tournesol, maïs), déjà excédentaire,
- de produits alimentaires enrichis en « phytostérols » qui n'ont pas fait leurs preuves sur le risque cardiovasculaire,
- de sel, qui doit être contrôlée, en particulier chez l'hypertendu et l'insuffisant cardiaque, en ciblant les sources principales tel que le pain, les biscottes, les soupes, les plats industriels et les conserves.

<sup>13</sup> Keys A. *Seven countries. A multivariate analysis of death and coronary heart disease.* Cambridge, London : Harvard University Press, 1980.

<sup>14</sup> Yusuf S, Hawken S, et al; INTERHEART Study Investigators. [Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries \(the INTERHEART study\): case-control study.](#) *Lancet.* 2004 Sep 11-17;364(9438):937-52. Pour en savoir plus sur cette étude : [www.cardio.on.ca](http://www.cardio.on.ca)

La part des lipides ne doit pas être restreinte aux profits des sucres au risque de favoriser l'obésité et les MCV.

Les Apports Nutritionnels Conseillés (ANC) pour les lipides ont été réactualisés en 2010 :

Lipides totaux		35-40 %
Oméga 6	Acide linoléique	4 %
Oméga 3 (précurseur)	Acide alpha-linolénique	1 % (2g)
Oméga 3 (dérivés marins)	EPA – DHA	500mg
Oméga 9	Acide oléique	15-20 %
Acides gras saturés	Totaux	≤ 12 %
	Acide laurique Acide myristique Acide palmitique	≤ 8 %
Valeurs exprimées en % de l'apport énergétique sans alcool (ou en mg)		

### Sel alimentaire et hypertension artérielle : la mauvaise association

(Pr. Xavier Girerd, Pitié-Salpêtrière, Paris)

Les mauvaises relations entre le sel alimentaire et l'hypertension artérielle sont reconnues depuis des décennies. L'apport excessif de chlorure de sodium est communément considéré comme un facteur favorisant la survenue d'une hypertension artérielle chez l'homme. Ce sont des anomalies de la réabsorption du sel, au niveau du rein et/ou la difficulté de son élimination par le rein, qui expliquent la relation entre sel et hypertension.

Les données scientifiques récentes ont montré que ces perturbations étaient conditionnées par des anomalies du mécanisme génétique, tous les individus n'ont donc pas la même sensibilité au sel. Ainsi, parmi les sujets n'ayant pas d'hypertension, environ 20 % présentent une sensibilité au sel conduisant à une élévation de la pression artérielle lors d'une augmentation importante de leur consommation. Chez les sujets ayant déjà une hypertension, une sensibilité au sel est observée chez 40 % des patients.

L'enquête ENNS<sup>15</sup> a montré que la consommation quotidienne moyenne de sel était de 8 g par jour en France, or les recommandations émises depuis 2005 pour le traitement de l'hypertension artérielle suggèrent que cette consommation ne devrait pas dépasser 6 g par jour. Des actions de santé publique sont menées pour réduire le taux de sel dans la fabrication des aliments industriels dans de nombreux pays, dont la France. Ainsi, la quantité de sel ajoutée à la fabrication du pain a été limitée en France, imposant une diminution de près de 30 % par kilo de farine. L'action de la baisse de la consommation de sel sur la pression artérielle a été démontrée dans de nombreuses études. Des campagnes de communication grand public sur les bénéfices de la limitation de la consommation de sel dans l'alimentation sont donc conduites régulièrement.

Dans la forme particulière de l'hypertension qui résiste aux traitements par médicaments antihypertenseurs, on constate souvent une consommation excessive de sel. Les conseils nutritionnels sont alors d'enlever la salière de la table et de limiter les aliments riches en sel caché (fromage, charcuterie, pain, certaines préparations industrielles). Ces moyens font partie du traitement à instituer chez ces hypertendus résistants.

<sup>15</sup> Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS, 2006, Usen).

## Bon ou mauvais gras : pas si simple que ça ?

(Dr. François Paillard, Rennes)

Le gras serait-il l'ennemi du cœur et des vaisseaux ? Pas si simple. Les alimentations très riches en graisses, traditionnellement rencontrées dans les pays du Nord et de l'Est européen sont associées à un excès de maladies cardiovasculaires. Cependant la réalité est plus complexe car la qualité et la quantité des graisses consommées ont leur importance.

### Plusieurs acides gras sont nuisibles :

- *Les acides gras saturés* (AGS) surtout présents dans les charcuteries, les viandes et les produits laitiers gras. La recommandation générale était jusqu'alors d'en consommer le moins possible. Elle a été revue de façon moins drastique à la lumière des données scientifiques récentes : les AGS ne doivent pas dépasser 12 % de l'apport énergétique total (AET) dont 8 % pour les 3 AGS les plus athérogènes.
- *Les acides gras « trans »* sont définitivement à proscrire. Ceux-ci sont présents notamment dans les pâtisseries industrielles et certains plats préparés : <2 % de l'AET.

### La consommation de certains acides gras doit être contrôlée :

- Parmi les *AG insaturés*, les *AG monoinsaturés* sont essentiellement représentés par l'acide oléique (huiles d'olive, de colza, certaines viandes) qui peut représenter 15-20 % de l'apport énergétique total.
- Au sein des *AG polyinsaturés*, un équilibre doit exister entre les 2 acides gras essentiels précurseurs des familles d'*AG polyinsaturés oméga 6* (huiles de tournesol, maïs,..) et *oméga 3* (huiles de colza) : les apports conseillés pour l'acide linoléique et l'acide alpha-linolénique sont respectivement de 4-5 et 1 g/j. De plus, les oméga 3 comportent des composés à longue chaîne (EPA/DHA) présents seulement dans les produits d'origine marine et que l'organisme humain ne synthétise pas ou mal. Leur bénéfice cardiovasculaire est établi et une consommation de 250 + 250 mg/j est conseillée.
- Au total, la restriction lipidique ne doit pas être excessive car la compensation par les hydrates de carbone peut être néfaste au plan métabolique et cardiovasculaire : un apport lipidique couvrant 35 à 40 % de l'AET est conseillé dans le cadre d'une alimentation équilibrée et normocalorique.

## Le paradoxe français : bon vin ou mauvaises graisses ?

(Pr. Jean Ferrières, Toulouse)

Le constat des faibles taux de mortalité par maladie coronaire en dépit d'une consommation élevée de graisses saturées et de cholestérol constitue en France un paradoxe. Ces deux points n'ont jamais été remis en cause par les données scientifiques mêmes avec des données plus récentes. Ces taux de mortalité coronaire auraient dû augmenter au fur et à mesure de l'adoption de styles de vie plus homogènes en Europe mais les données actuelles de l'incidence et de la mortalité par maladie coronaire montre une tendance persistante à la baisse. Le débat autour de ce paradoxe est fondamental puisqu'il touche de très près les causes de la maladie athéroscléreuse. Les graisses saturées sont considérées comme étant responsables de la genèse des plaques d'athérome vasculaire et il est nécessaire d'en réduire la quantité dans la ration quotidienne.

Très tôt, l'hypothèse que la consommation régulière de vin rouge pouvant être une des raisons à l'origine de la protection des français vis-à-vis de l'athérosclérose coronaire a été émise. De nombreux travaux réalisés en France et dans les autres pays ont ainsi montré qu'une consommation régulière d'alcool protégeait de la maladie coronaire. Des données récentes montrent que les modes de consommation de l'alcool sont primordiaux. La consommation de vin sous une forme régulière et au

cours des repas semble être la plus protectrice vis-à-vis des maladies cardiovasculaires. Néanmoins, aucun essai thérapeutique n'a été publié à ce jour démontrant de manière formelle qu'il existait un lien entre la consommation de vin et la protection contre les maladies cardiovasculaires. Les essais thérapeutiques ne pouvant être menés sur les patients sur plusieurs années, l'épidémiologie observationnelle pour se prononcer sur le bénéfice du vin et sur les conséquences néfastes des graisses saturées reste la référence en la matière.

Les graisses saturées ne sont pas consommées de manière isolée mais au sein d'une même ration alimentaire comportant des acides gras mono-insaturés et poly-insaturés. De la même manière, la consommation de vin rouge est associée à des modes de vie particuliers et à un environnement socio-économique favorable. Il est donc illusoire d'isoler un nutriment particulier ou une graisse spécifique qui serait à l'origine de la protection cardiovasculaire des français. La conclusion positive est que le paradoxe français replace le patient dans son environnement, c'est-à-dire la façon dont il se nourrit, dont il vit et la façon dont il pratique un exercice physique au travail ou dans les activités de loisirs.

## Vivre au quotidien avec une maladie cardiaque

### La vie adulte avec une cardiopathie congénitale

(Dr. Laurence Iserin et Pr Damien Bonnet, Necker, Paris)

Depuis les années 60, le développement de la chirurgie des cardiopathies congénitales a permis à 80 % des enfants nés avec une malformation cardiaque d'atteindre l'adolescence et l'âge adulte y compris ceux ayant des cardiopathies d'une grande complexité. Cette nouvelle population d'adultes a augmenté au point qu'elle est aujourd'hui plus importante que la population pédiatrique. Certains d'entre eux mènent une vie normale dans tous les domaines. Pour d'autres, les problèmes médicaux sont nombreux et d'une grande diversité :

- problèmes cardiaques : troubles du rythme, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, hypertension pulmonaire,
- problèmes non cardiaques touchant le rein, les poumons, les os et les articulations.

### Le succès du développement de la cardiologie congénitale de l'adulte

C'est une découverte importante puisque de nombreux aspects de la vie à l'âge adulte n'étaient pas connus avant que les enfants ne vieillissent : aptitude au sport et à la vie professionnelle, prévention des complications infectieuses par l'hygiène dentaire mais aussi les recommandations aux jeunes pour piercings et tatouages, assurabilité pour un emprunt ou un achat, etc....

Pour amener les enfants devenus adolescents et futurs adultes à ne pas sortir du circuit de soin, une nouvelle organisation se met progressivement en place afin qu'ils trouvent les ressources médicales nécessaires : consultation de transition adolescence-âge adulte et développement d'unités spécialisées dans la prise en charge des cardiopathies congénitales à l'âge adulte.

En France, le réseau M3C couvrant l'ensemble des régions françaises permet une offre de soin sur tout le territoire. Ces compétences médicales nouvelles mais encore trop rares permettent de :

- mieux prendre en charge les problèmes complexes de ces patients comme la grossesse qui est une situation à haut risque pour certaines patientes ayant des cardiopathies complexes, de l'hypertension pulmonaire ou une dilatation de l'aorte,
- guider les adolescents dans leur orientation professionnelle, leur contraception et la prévention des complications de leur cardiopathie par des programmes d'éducation thérapeutique dédiés,
- favoriser le maintien du suivi à l'âge adulte par une information utile relayée par les associations de patients.
- le handicap intellectuel, dû à l'association fréquente des cardiopathies congénitales avec des anomalies chromosomiques, créant pour les patients concernés une dépendance à leur famille ou à des institutions peu nombreuses.

## Maladies cardiaques et activité sexuelle, incompatibilité ?

(Pr. Gérald Roul, Strasbourg)

L'activité sexuelle est un aspect important de la qualité de vie et de nombreux patients porteurs d'une affection cardiaque<sup>16</sup> savent que leur maladie ne marque pas la fin de leur vie sexuelle. De nombreuses croyances persistent concernant l'activité sexuelle suite à une affection cardiaque. Par exemple, certains pensent que l'activité sexuelle pourrait entraîner une « crise cardiaque » ou la mort subite. L'analyse des données disponibles montre effectivement une relation entre de tels événements et l'activité sexuelle. Toutefois, le risque absolu est minime : l'augmentation de risque absolue associée à 1 heure d'activité sexuelle par semaine est estimée à 2 ou 3 pour 10 000 patient-années. Ceci est surtout vrai pour les sujets dont le niveau d'activité physique est faible. L'entraînement à l'effort, réalisé de façon simple, comme le recommande la Fédération Française de Cardiologie (FFC), permet de réduire ce risque minime de 30 à 45 %.

Les patients doivent être encouragés à reprendre le cours de leur vie aussi normalement que possible. Certains patients ont des craintes concernant leur niveau de performance ou sont dans un état dépressif réactionnel ce qui peut réduire leur libido et nuire à la qualité de leur activité sexuelle. Après la phase de récupération, certains d'entre eux peuvent présenter un état dépressif qui est une évolution normale et dont les patients doivent être informés. Ils doivent en connaître le caractère passager (disparition souvent dans les 3 mois qui suivent la phase aiguë) et l'absence d'augmentation d'éventuels problèmes sexuels préexistants. Le patient doit instaurer le dialogue avec son médecin généraliste et/ou son cardiologue ou être prêt à répondre sur ce thème si l'un de ses médecins lui en offre la possibilité.

La prise en charge sur ce point, doit leur permettre de retrouver confiance en eux-mêmes. Elle doit aussi faire passer certains messages tel que le rôle potentiel du traitement pharmacologique, en particulier celui des bêtabloquants, des diurétiques et à un degré moindre des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC). Dans certains cas, de réels problèmes d'observance thérapeutique peuvent surgir. La discussion et les éventuels compromis sont là pour tenter d'aplanir les difficultés.

La dysfonction sexuelle peut certes se manifester suite à des problèmes cardiaques mais peut également être première notamment chez l'homme. Le diagnostic de dysfonction érectile est en effet plus simple que celui de dysfonction sexuelle chez la femme. Cette dysfonction érectile doit être documentée, recherche d'une maladie artérielle périphérique (l'artérite des membres inférieurs par exemple), et un bilan cardiovasculaire doit être proposé aux patients qui s'en plaignent au même titre que le bilan urologique. Cet aspect est d'autant plus important que l'utilisation des médicaments pour pallier la dysfonction érectile est très répandue de nos jours et peut poser problème. Le rôle des médecins est donc ici essentiel dans la détection d'une anomalie du bilan cardiovasculaire mais aussi dans celui du conseil ou de l'orientation vers une structure dédiée permettant la poursuite d'une prise en charge adaptée.

<sup>16</sup> le plus souvent dans les suites d'un infarctus du myocarde

## La conduite automobile est-elle possible avec un défibrillateur ?

(Dr. Aurélie Guiot, Rouen)

Du fait de l'incidence élevée des pathologies cardiovasculaires, le nombre de patients porteurs d'un défibrillateur automatique implantable (DAI) ne cesse de croître, avec actuellement près de 10 000 implantations par an en France. Le bénéfice du DAI en termes de réduction de la mortalité a été clairement démontré mais son implantation peut aussi parfois avoir des conséquences importantes sur le mode de vie des patients, avec en particulier la question de la conduite automobile.

En effet, on sait qu'il existe un risque de syncope et d'accident chez ces patients, le plus souvent d'ailleurs lié à la cardiopathie sous jacente plus qu'à la présence du DAI.

Afin d'évaluer le risque d'accident corporel, plusieurs critères ont été pris en compte par l'European Heart Rhythm Association (EHRA) dans ses recommandations de 2009, comme le risque de récurrence de l'arythmie, la probabilité que cette arythmie entraîne une perte de conscience et la probabilité de décès ou blessure des autres usagers (temps de conduite, type de véhicule). On distingue essentiellement deux cas :

- les patients conduisant à titre **privé** (<36 000 km/an),
- et ceux conduisant à titre **professionnel**.

On différencie également les patients implantés d'un défibrillateur en **prévention primaire** (patient à *risque* d'arythmie mettant en jeu le pronostic vital mais n'ayant jamais eu d'arythmie ventriculaire soutenue), de ceux implantés en **prévention secondaire** (patients ayant survécu à une arythmie mettant en jeu le pronostic vital).

Les restrictions de conduite privée et professionnelle chez les patients porteurs d'un DAI sont les suivantes :

	DAI en prévention 2aire	DAI en prévention 1aire	Choc approprié	Refus (prévention 1aire)	Refus (prévention 2aire)
<b>Conduite privée</b>	3 mois	4 semaines	3 mois	Aucune	7 mois
<b>Conduite professionnelle</b>	Permanente	Permanente	Permanente	Permanente	Permanente

En France, là aussi de lourdes restrictions s'appliquent à la conduite professionnelle puisque la loi (arrêté du 21 décembre 2005) indique **une incompatibilité à la conduite chez tous les conducteurs du groupe lourd** (conducteurs de poids lourds, transports de personnes et enseignants de la conduite), et ce, que le DAI ait été implanté en prévention primaire ou secondaire. Cette interdiction n'est parfois pas sans poser problème sur le plan psychosocial, en particulier chez les patients jeunes du fait de la perte d'emploi ou du reclassement professionnel souvent imposé de ce fait.

En ce qui concerne les **conducteurs de véhicule du groupe léger** (permis A et B), une grande liberté de décision est laissée au cardiologue puisque la loi stipule que "la conduite sera reprise **selon l'avis spécialisé**" et "sous réserve d'une **surveillance médicale régulière**".

L'interdiction à la conduite, temporaire ou définitive, est une situation souvent mal vécue par le patient, qui la perçoit comme une atteinte supplémentaire liée à sa maladie. L'information et l'éducation des patients et de leur famille quant aux restrictions liées à la conduite automobile sont essentielles.

## Sport et maladies cardiovasculaires

(Pr. François Carré, Rennes)

Le sport peut être défini comme la réalisation d'une activité physique dans un cadre réglementaire. Il n'est pas synonyme de compétition ni de performance et sa pratique peut se décliner selon toute une gamme d'intensité. Il n'existe pas actuellement de maladie chronique qui, en dehors d'un épisode aigu, interdise définitivement toute pratique sportive. Ainsi une activité sportive adaptée doit être encouragée chez tout malade. En effet, elle a de nombreux effets bénéfiques scientifiquement prouvés sur l'ensemble de l'organisme, notamment sur le cœur et les vaisseaux.

Ces effets sont indirects par amélioration des facteurs de risque :

- cardiovasculaires modifiables classiques,
- d'hypertension,
- d'anomalies des sucres, comme le diabète,
- et des lipides et moins classiques comme le niveau d'inflammation chronique et de stress oxydant.

Ils sont aussi directs par amélioration de :

- la fonction endothéliale vasculaire,
- l'équilibre entre parasympathique et sympathique dans le sens freinateur (baisse de la fréquence cardiaque de repos par exemple),
- et enfin de la coagulation avec diminution de risque de thrombose.

L'activité sportive va donc d'une part, aider à prévenir la survenue de la pathologie cardiovasculaire initiale et d'autre part, en cas de pathologie établie aider à prévenir son aggravation et/ou la survenue d'accidents ultérieurs.

Pendant la pratique sportive intense et inhabituelle, le risque de survenue d'un accident cardiovasculaire peut être augmenté. Il est à noter que la pathologie cardiaque peut être alors révélée, et non créée, par cette dernière. Ces accidents restent très rares mais leur possibilité rappelle qu'un bilan médical et en particulier cardiovasculaire est justifié avant une pratique sportive intense. Le contenu de ce bilan sera défini par le médecin consulté. Des règles de bonne pratique doivent être respectées quel que soit le niveau d'activité sportive. En cas de symptômes à l'effort tel qu'une douleur thoracique, un malaise, des palpitations, un essoufflement ou une fatigue inappropriés, il faut consulter son médecin. Les 3 phases classiques l'échauffement, le travail et la récupération, de même qu'une bonne hydratation doivent être respectées, et les conditions environnementales défavorables, les températures inhabituelles et les pics de pollution doivent être évités. En cas de syndrome grippal et/ou de grande fatigue, la pratique sportive intense est déconseillée tout comme l'automédication. Enfin, dans tous les cas où l'activité sportive est débutée ou reprise après une interruption prolongée, la pratique sera modérée au début et très progressivement augmentée. Ces conseils sont particulièrement adaptés pour le sujet avec des facteurs de risque cardiovasculaires et bien sûr pour le malade. Dans ce dernier cas, son médecin traitant et son cardiologue seront les mieux à même pour le conseiller sur le choix de la pratique la mieux adaptée individuellement.

## Pourquoi une activité physique au quotidien ?

(Dr. Gilles Bosser, Nancy)

Divers programmes de prévention<sup>17</sup> ont mis en avant l'intérêt de la pratique d'une activité physique régulière. Le Plan National de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive (PNAPS) publié en 2008, a pour objectif de renforcer ces mesures, tant dans les domaines de la prévention primaire que de la prévention secondaire. L'accent est mis aussi sur l'intérêt de la pratique sportive chez les personnes âgées, ce qui est un élément essentiel au vu de l'augmentation de l'espérance de vie.

<sup>17</sup> PNNS 1 - 2001 et PNNS 2 - 2006 (Programme National Nutrition Santé)

La pratique d'une activité physique régulière a montré un intérêt majeur pour l'ensemble de la population puisqu'elle permet globalement une amélioration de la qualité de vie, mais aussi une réduction de la morbi-mortalité, en particulier au regard de ses effets favorables sur certaines formes de cancer (par exemple le cancer du sein chez la femme) ou sur les maladies cardiovasculaires.

Elle permet ainsi de réduire ou de maîtriser :

- la surcharge pondérale,
- la prévalence du diabète.

Les effets favorables sont mesurables au niveau :

- de la fonction vasculaire (endothélium),
- des fonctions cardiaques et respiratoires,
- de l'ostéoporose et des maladies ostéo-articulaires.

La pratique de l'activité physique peut donc être maintenue tout au long de la vie, y compris chez les personnes âgées. Son intérêt est bien sûr essentiel chez l'enfant et l'adolescent pour permettre une croissance harmonieuse et instaurer une bonne hygiène de vie.

Les objectifs de la prévention primaire sont donc, d'une part d'assurer la promotion d'une activité physique adaptée à chaque cas particulier en améliorant l'offre dans nos sociétés qui ne favorisent pas cette activité physique, et d'autre part en permettant la pratique dans des conditions de sécurité satisfaisante. La Société Française de Cardiologie (SFC) a ainsi édicté des recommandations concernant le bilan cardiovasculaire préalable à la mise en place d'une activité physique en fonction notamment de l'âge et des facteurs de risque cardiovasculaire.

L'autre aspect essentiel pour les cardiologues est celui de la prévention secondaire. La SFC, par l'intermédiaire de recommandations concernant l'intérêt de la réadaptation cardiaque, soutient et favorise la pratique d'une activité physique chez les patients cardiaques afin d'améliorer leur qualité de vie. Ceci peut être obtenu, d'une part, par l'amélioration de la condition physique et de la capacité fonctionnelle et, d'autre part, par une meilleure maîtrise des facteurs de risque cardiovasculaire.

Au-delà des effets musculaires responsables de l'amélioration de la capacité fonctionnelle, l'activité physique favorise :

- la limitation du surpoids et de l'obésité,
- améliore le profil lipidique avec une baisse du LDL cholestérol et une augmentation du HDL cholestérol,
- permet une meilleure maîtrise des chiffres glycémiques,
- et a un effet favorable sur l'hypertension artérielle.

L'un des aspects essentiels de la pratique d'une activité physique est aussi lié à l'amélioration de la fonction endothéliale, primordiale dans la maladie athéromateuse elle-même. L'ensemble de ces éléments concourt à une réduction de mortalité et donc une baisse des coûts pour les systèmes de santé. Plusieurs études, dont la récente HF Action, ont confirmé que cette activité physique régulière en endurance au seuil ventilatoire n'était pas nocive pour les patients insuffisants cardiaques, mais au contraire favorable, avec une meilleure maîtrise de la maladie et une réduction de la morbi-mortalité.

En ce qui concerne les patients atteints de maladie cardiovasculaire, et en particulier ceux qui présentent une cardiopathie ischémique et/ou une insuffisance cardiaque, il convient de leur proposer une prise en charge en milieu de réadaptation cardiaque afin de mettre en place, dans un milieu cardiologique proposant une surveillance appropriée, une activité physique individualisée adaptée à chaque cas particulier.

### **Maladies cardiaques et Internet : comment s’y retrouver ?**

*(Dr. Ghassan Moubarak, Saint-Joseph – Paris)*

L'utilisateur-patient peut trouver sur internet des informations d'ordre médical sur une maladie ou un traitement, des conseils sur son hygiène de vie, les coordonnées d'un praticien ou d'un établissement hospitalier. Il peut participer à des forums de discussion généralistes, recueillir le témoignage d'autres patients atteints du même trouble (par le biais de sites spécialisés ou d'associations de malades) et partager son expérience personnelle. Ces sources d'informations multiples permettent aux patients d'être plus et mieux informés pour participer de manière proactive à la prise en charge de leur affection. Le plus souvent, cette démarche sera complémentaire de la visite médicale traditionnelle. L'enquête menée à la demande de l'Ordre National des Médecins en avril 2010 a en effet montré qu'il ne s'agit nullement pour le patient de « défier » son médecin.

Ces informations sont cependant de qualité variable. Elles peuvent être erronées ou non validées. Elles ne sont pas forcément transposables au cas particulier de la personne et peuvent alors être génératrices d'anxiété ou de faux espoirs. Pour toutes ces raisons, il importe de savoir faire le tri. Il existe ainsi une procédure de certification « HONcode » des sites informatiques dédiés la santé, qui a été mise en œuvre, à la demande de la Haute Autorité de Santé, par un organisme indépendant Health on the Net (HON). Cette procédure, qui n'est pas cependant pas obligatoire, garantit que le site consulté respecte un code déontologique quant à la fiabilité des informations présentées et de la transparence du financement et de la politique publicitaire.

Il incombera au médecin de conseiller et de guider le patient qui le désire dans sa recherche d'informations sur le net. Le médecin peut lui-même intervenir sur les sites de santé destinés au public ou bien créer son propre blog médical. Dans tous les cas il se doit de respecter les principes du code de déontologie et garantir la confidentialité des données personnelles.

Une fois ces contraintes et limites assimilées par le médecin et le patient, l'utilisation d'Internet permettra le plus souvent d'aboutir à une relation encore plus solide.

## La Société Française de Cardiologie

### Une force pour le cœur

La Société Française de Cardiologie (SFC) est une société savante mobilisée pour faire avancer la recherche contre les maladies cardiovasculaires. Présidée par le Pr Geneviève Derumeaux depuis 2010 (CHU de Lyon), elle regroupe 4 500 membres bénévoles dont 4 000 cardiologues praticiens (soit 2/3 de la profession) et des professionnels paramédicaux. Elle représente à elle seule toutes les composantes scientifiques et médicales de la spécialité en intégrant notamment les filiales de cardiologie pédiatrique et congénitale, échocardiographie et hypertension. La Société Française de Cardiologie a également pour objectif d'améliorer les pratiques professionnelles et de mobiliser les pouvoirs publics sur les maladies cardiovasculaires qui sont une des toutes premières causes de mortalité en France avec 180 000 décès par an.

### Ses missions

#### Faire avancer la recherche

La SFC est un acteur incontournable de la recherche en cardiologie. La recherche a permis ces dernières années de faire reculer la mortalité due aux maladies cardiovasculaires mais pas d'endiguer le développement de ces maladies aggravée par le vieillissement de la population (En France, l'insuffisance cardiaque touche 600 000 personnes avec plus de 100 000 nouveaux cas par an<sup>18,19</sup>) et l'inflation des facteurs de risque. La recherche en cardiologie permet de mieux comprendre les mécanismes des pathologies vasculaires et de développer des traitements plus performants. La Société Française de Cardiologie permet aux patients de bénéficier plus rapidement des dernières découvertes de la recherche en fédérant la recherche clinique et la recherche fondamentale. *Les Printemps de la Cardiologie* en est une parfaite illustration puisque ce congrès annuel rassemble scientifiques et cliniciens autour d'un programme présentant les avancées thérapeutiques et diagnostiques les plus récentes, l'innovation et la recherche translationnelle.

#### Améliorer les pratiques professionnelles

La SFC émet des recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels en concertation avec les autorités de santé. La diffusion des dernières recommandations est essentielle pour améliorer les bonnes pratiques des professionnels et par conséquent la prise en charge des patients.

Pour diffuser efficacement ses recommandations parmi tous les professionnels concernés par la prise en charge des maladies cardiovasculaires, la SFC organise chaque année le plus grand congrès de cardiologie réalisé dans un pays européen : *Les Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie*. Ce congrès fédérateur réunit 10 000 professionnels de santé, spécialistes comme médecins généralistes, et fait référence dans l'actualisation de la pratique médicale en cardiologie.

Par ailleurs, la SFC favorise l'éducation thérapeutique notamment grâce au programme I-Care. Ce programme permet de former des professionnels de santé à animer des séances d'éducation thérapeutique adaptées aux patients atteints d'insuffisance cardiaque. 200 centres (CHU, CHG, cliniques privés, centres de réadaptation) suivent aujourd'hui ce programme.

<sup>18</sup> Epidémiologie de l'insuffisance cardiaque. Delahaye F, de Gevigney G. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2001 Feb;50(1):6-11

<sup>19</sup> Insuffisance cardiaque en France : quels coûts, pour qui ? Bourgueil Y. *Concours Médical mars 2010* ;132:232-233

### **Mobiliser les pouvoirs publics sur les maladies cardiovasculaires**

La SFC mobilise les pouvoirs publics et les autorités de santé sur l'importance de la recherche contre les maladies cardiovasculaires. Près d'1 Français sur 3 meurt d'une maladie cardiovasculaire. Les femmes en sont les principales victimes puisque les maladies cardiovasculaires sont leur première cause de mortalité devant le cancer : 1 femme sur 3 décède d'une maladie cardiovasculaire contre 1 sur 5 d'un cancer. L'explosion des facteurs de risque cardiovasculaire va accroître le nombre de patients dans les années à venir. Le soutien des autorités de santé est donc plus que jamais nécessaire pour permettre à la recherche en cardiologie de rester une priorité de santé publique pour faire face à un enjeu sanitaire d'envergure.

Pour en savoir plus : [www.cardio-sfc.org](http://www.cardio-sfc.org)

## Sélection de sujets traités pendant les Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie 2012

### Hot Lines :

#### Judi (14h-15h30)

RHYTHM AF (Le Heuzey), E-COST (Kacet), E2T3A (Kownator), Stent for Life (Le Breton), le point sur les essais récents de thérapie cellulaire (Roncalli).

**Point presse du matin (8h30-9h00- Salles 221-222M (M pour mezzanine) du côté Paris)** avec Jean-Yves Le Heuzey pour RHYTHM AF, Salem Kacet pour E-COST et Serge Kownator pour E2T3A.

#### Vendredi (16h-17h30)

EVATEL (Mabo), CASSANDRE (Szymanski), Spécificités actuelles du cœur athlète français (Carré), FRANCE 2 (Gilard), OFSETT (Dujardin), OMAGA (Galinier).

**Point presse du matin (8h30-9h00- Salles 221-222M (M pour mezzanine) du côté Paris)** avec Stéphane Manzo-Silverman pour CASSANDRE, François Carré pour les Spécificités actuelles du cœur athlète français, et Jean-Jacques Dujardin pour OFSETT.

### Autres sessions

#### Thématiques habituelles :

L'essentiel de 2011 (4 séances), les symposiums, les déjeuners débat, les controverses, les ateliers, les séances vidéos.

**Mercredi 11 janvier :** Une session exceptionnelle de la cardiologie francophone sur la sténose aortique avec P. Pibarot (Québec, Canada) e A. Cribier (Rouen, France).

### Nombreuses sessions communes :

Avec d'autres sociétés savantes (Société Française de Nutrition, Société Française de Tabacologie, SFR, SFMU, SFMA, SOFRAMAS, Société Francophone du Diabète), notamment européennes (ESC, Association for European Pediatric Cardiology), d'autres partenaires cardiologiques français (CNCHG, FFC, CNCF) ou étrangers (Allemagne, Belgique, Espagne, Grèce, Liban, Pologne, Portugal, Roumanie, Suisse, Tunisie) ainsi qu'avec la HAS, l'UFCV.

### Plusieurs conférences de haut niveau par des experts internationaux :

Le défi d'identifier la maladie infraclinique pour la santé cardiovasculaire entre 2012 et 2020 (V. Fuster, conférence américaine), Facteurs de risque, hémodynamique, remodelage et dysfonction myocardique (Etude Asklepios) (T. Gillebert, conférence européenne), Prévention de la thrombose de shunt systémopulmonaire (D. Wessel, conférence cardiopédiatrique), Rôle de la revascularisation dans la maladie coronaire stable (Judith Hochman), Vieillesse vasculaire prématuré (P. Nilsson),

## Des conférences par des experts français :

La prise en charge de l'infarctus en France 1995-2010 (N. Danchin), Il vaut mieux convaincre que contraindre : l'éducation thérapeutique du patient chronique (Y. Juillière), Musique et appareil cardiovasculaire (P. Guéret), Valvulopathies médicamenteuses (C. Tribouilloy).

## Nombreuses séances originales avec entre autres :

Développer la prescription des thérapeutiques non médicamenteuses en cardiologie – Insuffisance cardiaque et insuffisance rénale : comment faire ? – L'activité physique dans la prévention du diabète – Organisation de la prise en charge des patients congénitaux adultes – Cardiopathies difficiles à traiter – Les conflits d'intérêt – Les sténoses carotidiennes asymptomatiques – Quelles sont les limites du système cardiovasculaire ? – Recommandations européennes.

## Sélection d'Abstracts

### Coronaires

*Jeudi 12 janvier (9h – poster): HIV-infected status is associated with increased recurrence of acute coronary syndrome. Results of long term follow up of the PACS-HIV study. F. Boccara (Paris, France)*

*Jeudi 12 janvier (9h – poster): High prevalence of marijuana smokers in acute coronary syndromes in young people. P. Vervueren (Toulouse, France)*

*Jeudi 12 janvier (11h – salle 351): Risk of cardiovascular and bleeding events and mortality in patients with chronic kidney disease and acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention: the APTOR-II study. J. Ferrières (Toulouse, France)*

*Jeudi 12 janvier (15h50 – poster commenté): Five-Year Clinical Outcome in Elderly Population with Small Vessel Disease Treated with Drug-Eluting Versus Bare-Metal Stenting. E. Puymirat (Paris, France)*

*Vendredi 13 janvier (10h – salle 341): Uninterrupted oral anticoagulation in association with short term dual antiplatelet therapy: the most reasonable antithrombotic strategy for warfarin patients? P.-F. Lesault (Créteil, France)*

*Samedi 14 janvier (9h – poster): Interest of therapeutic patient education in modifying the emotional feeling of patients after myocardial infarction. J. Taupin (Soissons, France)*

### Insuffisance cardiaque

*Jeudi 12 janvier (10h55 – poster commenté): Link between tako tsubo cardiomyopathy and major anxiety-depressive disorders: a prospective study. C. Delmas (Toulouse, France)*

*Jeudi 12 janvier (14h30 – salle 341): Heart failure with preserved ejection fraction- characteristics and prognosis - first results from the prospective KaRen study. E. Donal (Rennes, France)*

*Jeudi 12 janvier (16h45 – salle 341): Prognostic impact of sleep disordered breathing and their treatment in chronic heart failure. T. Damy (Créteil, France)*

*Vendredi 13 janvier (9h – poster): Importance of Right Ventricular function in patient referred for Cardiac surgery. M. Berry (Toulouse, France)*

## Rythmologie

Vendredi 13 janvier (14h15 – salle 341): Management of recent onset atrial fibrillation in the RHYTHM-AF Study: A survey of French cardioversion practice. **Y. Cottin (Dijon, France)**

Vendredi 13 janvier (14h30 – salle 341): Symptoms, functional status, and quality of life in patients with controlled and uncontrolled atrial fibrillation. Data from the cross-sectional REALISE-AF registry. **P.-G. Steg (Paris, France)**

Samedi 14 janvier (11h – salle 252AB): Paroxysmal supraventricular tachycardia-related adverse events. **Béatrice Brembilla-Perrot (Vandoeuvre-les-Nancy, France)**

## Valvulopathies et cardiopathies congénitales

Jeudi 12 janvier (14h – salle 241): Congenital heart defects in twin pregnancies: a series of 226 cases. **D. Bonnet (Paris, France)**

Vendredi 13 janvier (9h – poster): Evaluation of radiation dose during Transcatheter Aortic Valve Implantation: Comparison with coronary angiograms and percutaneous coronary interventions. **N. Meneveau (Besançon, France)**

Samedi 14 janvier (9h – poster): Evolution of Right ventricle volumes and function from childhood to adulthood. **Magalie Ladouceur (Paris, France)**

Samedi 14 janvier (9h – poster): Recreational scuba diving in subject with heart valve disease: French Underwater Federation guidelines. **G. Phan (Levallois-Perret, France)**

## Prévention et maladies vasculaires

Jeudi 12 janvier (9h – poster): Cardiac mechanics in severely obese children: a 2D speckle strain imaging study. **F. Labombarda (Caen, France)**

Vendredi 13 janvier (9h – poster): Invasive detection of myocardial microvascular disease in patients with end stage renal disease. The MICROCARD Study. **D. Angoulvant (Tours, France)**

Vendredi 13 janvier (10h15 – poster commenté): Consumption of milk is associated with a reduced risk of mortality in middle-aged men. **Vanina Bongard (Toulouse, France)**

Vendredi 13 janvier (14h15 – salle 351): Children athlete's heart: effect of age and gender on echocardiographic parameters. **Gaëlle Kervio (Rennes, France)**